

SSR

Soins de suite et de Réadaptation

Actualités et Enjeux

Les institutions de soins de réadaptation en Belgique

Pr.ém. **Guy DURANT**

Administrateur général honoraire des
Cliniques universitaires St-Luc (Bruxelles)

Paris, 22/11/2018

ORGANISATION HOSPITALIERE BELGE

▪ HOPITAUX AIGUS :

- « généraux » (3 services au minimum)
- hospitalisation classique et hospitalisation de jour
- minimum 150 lits
- 104 pouvoirs organisateurs - 200 sites
- 70% en association sans but lucratif (= d'intérêt public) et 30% d'hôpitaux publics
- 6,2 jours en moyenne
- situation financière fragile : seulement un bénéfice moyen de 0,2% de chiffre d'affaires et 40% des hôpitaux sont dans le rouge

▪ HOPITAUX PSYCHIATRIQUES :

- longs séjours (de 30-40 jours à plusieurs mois/années)
- au nombre de 65
- mutation en cours : désinstitutionalisation en faveur de soins ambulatoires et à domicile

- **HOPITAUX SPECIALISES DE MOYEN SEJOUR** (traitement et réadaptation)
 - agréés sous l'indice **Sp** et/ou **G** (certains abritent parfois aussi, ou uniquement, des lits G de gériatrie sub-aigüe ou revalidation gériatrique)
 - 18 institutions seulement (5 à Bxl, 5 en Wallonie dont l'un est agréé psychiatrique mais fait de la réadaptation neurologique adultes et enfants, et 8 en Flandre) car les hôpitaux aigus peuvent avoir en leur sein des « services » Sp de moyen séjour
 - 50 jours en moyenne
 - types : Sp **locomoteurs**
 - Sp **neurologiques**
 - Sp **cardio-pulmonaires**
 - Sp **chroniques** (poly-pathologies)
 - Sp **psycho-gériatriques**
 - Sp **soins palliatifs**
 - G**

- **Et aussi sans être des hôpitaux**

- > **MAISONS DE REPOS ET DE SOINS ET MAISONS DE REPOS** (séjours à vie) : 1.500 infrastructures agréées comptant 6.800 lits MRS (= avec soins) et 62.000 lits MR : 30% publics, 37% asbl et 33% privés commerciaux. Certaines, peu nombreuses, accueillent quelques lits Sp palliatifs et des Sp psycho-gériatriques
- > **MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES et HABITATIONS PROTEGEES**
- > **CENTRES DE CONVALESCENCE** (une vingtaine) : pour des séjours courts et temporaires, avec un accent sur la rééducation. Pour une récupération après une maladie grave (cancer par ex.) ou une hospitalisation, ou un besoin de rééducation (kinés, diététiciennes,...) après une intervention chirurgicale. Payant avec une intervention possible de la mutuelle (30-40 € par jour). Transition entre l'hôpital et le domicile.
- > **HOSPITALISATION A DOMICILE**

- Une certaine confusion : il existe aussi des Centres dits de **rééducation** fonctionnelle (alors que certains visent plutôt la prise en charge de populations cibles particulières : mucoviscidose, diabète, fatigue chronique, affections neuro-musculaires, déficiences sensorielles, assistance ventilatoire et oxygénothérapie à domicile;...en finançant des paramédicaux comme des kinés, ergos, psychologues, assistantes sociales, diététiciennes,...)- reconnus et financés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Exemple : **la rééducation cardiaque**

Mais il s'agit essentiellement de prestations (individuelles ou en groupe) **AMBULATOIRES**

Question de mots

- **Réadaptation** : réduction des séquelles d'un accident ou d'une opération afin de réadapter le malade à une vie normale – aider le patient à s'adapter à ces incapacité (pas de récupération de fonctions ?)
- **Réhabilitation** : dispositif permettant à une personne handicapée d'atteindre et de garder ses niveaux fonctionnel, physique, sensoriel, intellectuel, psychologique et social
- **Rééducation** : techniques (la kiné, l'ergo,...) qui visent à réduire les déficiences et les incapacités (récupération de fonctions)
- **Revalidation** : soins destinés à restituer au patient ses facultés perdues, qu'il s'agisse de capacités motrices, sensorielles ou cognitives (assurer une nouvelle validité)
- **Réinsertion** : optimiser le retour dans la société

LE CONTEXTE FINANCIER

- assurance-maladie publique obligatoire
- en équilibre financier mais au prix d'économies importantes ces dernières années
- 99,9% de la population est couverte
- la couverture financière est à 80% par les pouvoirs publics
mais l'hospitalisation engendre une quote-part personnelle de l'ordre de 7%.
- 80% des belges ont une assurance privée (mutualiste et commerciale) les couvrant des suppléments de chambre et d'honoraires (permis en chambre à un lit seulement)
- **le financement de l'hôpital aigu** est triple :
 - > une enveloppe globale annuelle « à l'activité », fonction du nombre et du type d'admission, pour les « frais de séjour » ou un prix de journée pour les lits Sp
 - > des honoraires médicaux en partie forfaitaire (biologie, radiologie), en grosse partie à l'acte (nomenclature de 9000 actes)
 - > des facturations pour les médicaments . en partie forfaitaire (75%)
. en partie à l'acte (25%)
et des facturations à l'acte pour les dispositifs médicaux (implants-prothèses...)

LITS Sp

Les services spécialisés de traitement et de réadaptation (revalidation) sont destinés aux patients atteints d'affections cardio-pulmonaires, neurologiques, locomotrices, psycho-gériatriques et chroniques (pathologies chroniques et polyopathologies).

Ces patients requièrent une prise en charge multidisciplinaire, active et prolongée, mais de durée limitée. Ils sont stabilisés sur le plan médical mais demandent :

- soit un complément de mise au point médical
- soit un suivi médical ou une prise en charge constante

L'indice Sp peut aussi être destiné à des patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale qui nécessitent des soins palliatifs.

Le service Sp se consacre, par unité de 20 lits minimum, à une même spécialité (en soins palliatifs, minimum 6 lits – maximum 12 lits).

Le patient est hospitalisé

> **soit après un premier traitement** dans un service hospitalier aigu (ex: prothèse de hanche en orthopédie) : « soins de suite »

> **soit directement** à partir de son domicile ou de sa maison de repos, pour un traitement et une réadaptation appropriée.

Le fonctionnement du service est, du point de vue médical, infirmier, paramédical, axé sur un traitement actif permettant d'assurer le rétablissement ou le maintien optimal du potentiel physique, psychique et social du patient

Les Sp ont été créés en **1993** par reconversion des anciens lits S et V.

Ils sont regroupés dans **des institutions spécialisées**, appelées « moyen séjour » ou « hôpitaux catégoriels, généralement de petite taille (de 100 à 300 lits).

Les lits Sp des 18 institutions spécialisées (ayant des lits Sp et G) totalisent 25% des lits agréés strictement Sp.

Bruxelles : 5 institutions

Wallonie : 5 institutions, uniquement dans les provinces du Brabant Wallon et de Liège

Flandre : 8 institutions

- Mais par la suite, des **hôpitaux aigus** ont été autorisés à reconvertir des lits de chirurgie ou de médecine (sous-occupés...) en lits Sp, regroupés dans **un ou plusieurs services particuliers de l'institution** (formant parfois une entité architecturale distincte comme c'est le cas de l'Institut Albert 1er et Reine Elisabeth accolé aux Cliniques universitaires St-Luc). Ces lits (=75% des lits Sp) accueillent des patients qui ne peuvent quitter l'hôpital mais dont le séjour en lit aigu a atteint le seuil des journées justifiées (il y a une durée de séjour standard –celle financée- pour 355 DRG X 4 niveaux de sévérité).
- >Avantage : pas de transfert de patients nécessitant une réadaptation
- >Désavantage : lieux moins adaptés (sauf par ex. IAE aux Cl.univ. St-Luc)

Normes

- Si les lits Sp ne se trouvent pas dans un hôpital général, l'institution qui les comprend doit avoir **une liaison fonctionnelle avec un hôpital général** sous forme d'une convention écrite décrivant les modalités de collaboration et les règles en cas d'urgence et de transfert

(l'hôpital Sp ne dispose en effet pas de services médico-techniques hormis la médecine physique)

- Normes architecturales pour une accessibilité adaptée à l'infirmité des patients (pas d'inégalités de sol, mains courantes, installations sanitaires adaptées, ...) et imposant salle à manger, salles d'exercices, local d'ergothérapie, ...

Normes fonctionnelles concernant - le dossier médical

- la kinésithérapie, l'ergothérapie et la logopédie

Normes d'organisation

- médicale : un médecin ayant une compétence spécifique dans la discipline pour laquelle le service est reconnu

Au Centre hospitalier VALIDA (85 Sp et 90 G) : en alternance : un médecin gériatre et un médecin physique des Cliniques Universitaires St-Luc (CUSL) exercent à Valida ; des médecins de Valida exercent à St-Luc. **Ensemble** ils analysent les cas des patients prêts à sortir des CUSL. Le dossier médical est partagé.

Normes de personnel financées

Norme globale

Décomposition

- Lits **Sp** 17 ETP par 30 lits occupés à 80% 15 soignants (dont 9 inf.) et 2 paraméd.
- Lits **Sp psycho-gér** 17,16 ETP pour 30 lits à 95%
- Lits **Sp palliatifs** 1,25 inf/lit agréé 2/3 inf.bachelières
Parmi elles, 2/3 avec spéc. en soins pall.

Les institutions de réadaptation accueillent parfois aussi **des lits « G isolés »** (392 en Wallonie et 52 en Flandre) constituant de la gériatrie sub-aigue (avec revalidation, il y faut donc des paramédicaux) pour des patients

aux pathologies multiples et d'un âge moyen supérieur à 75 ans qui sont:

- en phase sub-aigue
- encore évolutive
- et non stabilisée

Norme d'effectifs : 13,33 ETP pour 24 lits occupés à 90% (12 soignants et 1,33 paramédicaux)

La distinction entre lits G aigus et G sub-aigus n'est pas claire, elle n'est en tous cas pas régie par la loi ou par des normes d'agrément. Elle ne relève pas de l'état du patient. La différence tient à l'histoire, à la longueur du séjour, à leur situation géographique (ces lits G subaigus se trouvent uniquement dans des hôpitaux « catégoriels » spécialisés) et à leurs modalités de financement.

NOMBRE DE LITS

- 1) Le chiffre-programme de 1993 est **de 0,52 lits Sp par 1000 habitants**, càd 5729 lits (et de 0,23 par 1000 habitants pour les lits psycho-gériatriques, càd 2534 lits, et de 36 par millier d'habitants pour les Sp palliatifs, càd 396 lits)
- 2) **Sont agréés** en 2012 :

	<u>Total</u>	<u>Sous-total</u>
Sp cardio-pulmonaire	457	
Sp locomoteur	2.637	
Sp neurologie	1.441	
Sp chronique	758	5.293
Sp palliatif	379	5.672
Sp psychogériatrique	1.354	<u>7.026</u>
(dans les hôpitaux psychiatriques)	634)	
(dans les hôpitaux généraux)	720)	

Sauf à Bruxelles : la programmation n'est pas atteinte, ni en Sp autres que psycho-gériatriques et palliatifs, ni en psychogériatrie.

Proportion de lits Sp par rapport au total des lits aigus (2017)

	<u>Lits justifiés aigus</u>	<u>Lits Sp</u> (exclus psychogériatrie)	<u>%</u>
TOTAL	38.379	5.672	14,7%
C-D-G	33.001	5.672	<u>17,1%</u>

C = chirurgie

D = médecine

G = gériatrie

Un rapport de 2017 du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) (1) montre que des lits Sp supplémentaires seront nécessaires en 2025, encore plus en 2030.

1) De 2014 à 2025, l'hospitalisation classique augmentera de 11,8% (càd 1,02% par an) :

la moitié de l'accroissement est due à l'augmentation de la population, l'autre moitié au vieillissement.

Mais le nombre de journées diminuera de 633.000, ce qui représente une **diminution de 2170 lits aigus**.

2) **Le nombre de lits de moyen séjour devra, lui, augmenter.**

Les besoins normatifs de 2017 à 2025 sont :

	S1 affections <u>cardio-pulmonaires</u>	S2 affections <u>locomotrices</u>	S3 affections <u>neurologiques</u>	S4 soins <u>palliatifs</u>	S5 affections <u>chroniques</u>	S6 psycho- <u>gériatrie</u>
différence	-73	+149	+146	-22	-211	+99
nombre en						
2025	376	2.646	1.199	351	460	858

(1) KCE Report 289 Bs, Capacité hospitalière en 2025, 2017

- **La sous-capacité globale en 2025** est de 88 lits Sp, mais l'évolution diffère selon le type de lits.

Besoin de

moins de lits en - affections cardio-pulmonaires

- soins palliatifs

- affections chroniques

plus de lits en - affections locomotrices

- affections neurologiques

- psycho-gériatrie

- **Avec le pic démographique de 2030** (les patients de plus de 75 ans représenteront 28% des admissions en hôpital aigu et 46% des journées), **l'augmentation des besoins en lits est estimée à + 25% en gériatrie et + 27% en Sp**

càd + **865 Sp**

+ 1308 G

par rapport à 2017

Selon le consultant ANTARES, auteur du rapport Health ProspectING 2018,
de 15 à 30% des lits hospitaliers aigus sont occupés
par des patients avec
de longs séjours (+ de 20 jours).

ENQUETE DU CFEH⁽¹⁾ DE 2014

Suite à une question de la Ministre de la Santé Publique

« ... en l'absence d'alternatives d'accueil qui puissent garantir un continuum des soins, un certain nombre de patients séjournent

tout de même dans des lits hospitaliers aigus. Pour ces patients et en attendant leur transfert vers des soins de première ligne ou de

soins résidentiels à long terme, une forme spécifique moins onéreuse ne pourrait être instaurée?... »

ENQUETE : - quels sont les patients toujours hospitalisés, mais qui ne nécessitent plus d'encadrement hospitalier pour des raisons

diagnostiques ou thérapeutiques

- quelles sont les raisons qui freinent la sortie de l'hôpital ?
- quelles seraient les solutions possibles pour permettre la sortie ?

Enquête réalisée en 2014 dans 68 hôpitaux (30.000 lits) : concerne tous les patients toujours hospitalisés en chirurgie, médecine, gériatrie ou Sp (= patients « cibles »), alors que la date de sortie décidée par le médecin remonte à plus de 24 heures

Patients « cibles » = 29% de patients en gériatrie
24% des patients de médecine générale
16% des patients de chirurgie
6% des patients en Sp neurologique

Synthèse des résultats

Les patients cibles :

- ont plus de 65 ans (78%)
- présentent une pathologie qui est majoritairement la démence (16%), l'AVC (14%), le traumatisme (12%) ou l'intervention chirurgicale du système ostéo-articulaire (8%)
- sont dépendants selon l'échelle de KATZ (66%)
- sont désorientés dans le temps et l'espace (40%)
- ont eu une admission non planifiée (61%)
- pour lesquels la destination de sortie envisagée est soit la maison de repos (40% : MRS 32% et MR 8%), **soit un service Sp (20%)** – Sp principalement à Bruxelles.

- Le temps d'attente entre la date de demande de sortie médicale et la destination la plus adéquate s'élève en moyenne à
41 jours (14 jours en médecine et chirurgie, 42 jours en gériatrie et 90 jours en Sp neurologie).
- L'obstacle principal à la sortie est

la disponibilité

ou

l'absence

de l'offre de soins (50%)

Puis - refus du patient ou de sa famille (14%)

- obstacles internes (manque de temps ou problème de communication 11%)
- problèmes administratifs et financiers (12%)
- problèmes de logement (7%)
- isolement social (6%)

On a donc besoin de lits Sp supplémentaires, mais aussi

de formes supplémentaires de prise en charge alternative pour 2 groupes :

- les patients qui ne nécessitent plus de surveillance médicale spécialisée, qui sont prêts à sortir, mais qui **attendent un placement**.

Une solution peut être le développement de lits de court séjour dans les Maisons de repos et de soins (il y a 1500 de ces places aujourd'hui)

- les patients qui ont besoin d'un **accueil temporaire** pour leur permettre de retrouver leur autonomie : les centres de convalescence peuvent être une réponse.

Le financement des lits Sp

se fait par **journée d'hospitalisation** (1), sans limitation car la durée de séjour étant tellement variable (2), il a été estimé impossible d'envisager un paiement par admission.

(1) : à Valida : 321,67 € en Sp et 262,60 € en G

(2) : en moyenne à Valida : 50 jours en Sp et 40 jours en G

Le prix de journée n'est cependant pas différencié entre hôpitaux en fonction de la pathologie

(comme c'est le cas dans les hôpitaux aigus en fonction des APR-DRG)

- Les prix de journée des anciens V reconvertis en 1993 ont été maintenus tels quels, simplement indexés, ils sont donc **historiques**
- Les prix de journée de lits aigus transformés en Sp sont **ceux de l'aigu** (mais le facteur de conversion est de 0,73 lits Sp pour un lit aigu)

IL Y A DONC DES DIFFERENCES injustifiées DE 1 à 3 ENTRE LES HOPITAUX/SERVICES Sp !

Cela a été dénoncé à 4 reprises par le CFEH entre 2000 et 2009. **LES LITS Sp SONT LE PARENT PAUVRE DE LA REFORME DU FINANCEMENT DES HOPITAUX INITIÉE EN 2002 !**

Si le service Sp est dans une institution spécialisée moyen séjour, le prix de la journée se facture dès la première journée.

Une règle particulière est d'application quand un patient est transféré d'un service aigu vers un service Sp au sein d'un même hôpital (ou au sein d'un hôpital Sp ayant le même n° d'agrément):

- Si le séjour en Sp est d'une durée supérieure à la $\frac{1}{2}$ du séjour total (p.ex.: 12 jours en C puis **23 en Sp** (donc au total **35**)) : la durée justifiée en C est la durée facturée (= la durée réelle) et **23 jours sont facturés en Sp** (donc au total **35**);
- Si le séjour en Sp est d'une durée inférieure à la $\frac{1}{2}$ du séjour total : si un patient reste **10** jours en C et **7** en Sp (donc au total **17**) et que la durée nationale du séjour pour cette pathologie est de 12 jours, l'hôpital aura droit à une durée justifiée de $12 \times 10/17 = 7$ jours en C + la facturation des **7** jours réels en Sp (donc au total **14**).

CONCLUSIONS

- Il existe des institutions spécialisées de moyen séjour Sp mais aussi (en majorité) des services Sp dans les hôpitaux aigus : une ou plusieurs unités de soins ou une entité architecturale distincte
- Ces institutions accueillent parfois aussi des lits G de gériatrie sub-aigüe/revalidation gériatrique
- La réadaptation est de durée prolongée ou active, mais de durée limitée
- Le total de lits Sp représente 17,1% du nombre de lits aigus de chirurgie-médecine-gériatrie
- Un centre de recherche a établi qu'il est nécessaire d'avoir 27% de lits Sp supplémentaires à l'horizon 2030
- Une enquête a montré que de 15 à 30% des patients (selon les services) restent plus longtemps que nécessaire à l'hôpital aigu, la cause en étant pour 50% l'indisponibilité ou l'absence d'offre de soins
- A côté de lits Sp supplémentaires, il faut aussi créer des places de court séjour, dans les MRS, et créer des centres de convalescence
- Le financement des lits Sp est hétérogène et désuet car ne tenant pas compte des pathologies) et il est surtout injuste entre services/institutions.

SSR

Soins de suite et de Réadaptation

Actualités et Enjeux

Merci pour votre attention

guy.durant@uclouvain.be